THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — THÈSE — N° 161

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Février 1906, à 1 heure

PAR

André PUISSÉGUR

Troubles Gastriques de Causes Mécaniques au cours du Rein Mobile

Président : M. BERGER, *professeur*

Juges { MM. LE DENTU, *professeur*
FAURE, *agrégé*
MORESTIN, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (André	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON TRÈS CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

Chirurgien de l'hôpital Bichat
Chirurgien en chef des Asiles de la Seine
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien de l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR CAMPENON

Chirurgien à l'hôpital de la Charité

MONSIEUR LE DOCTEUR BARTH

Médecin à l'hôpital Necker

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR BRUN

Chirurgien aux Enfants-Malades

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Accoucheur des Hôpitaux

Qu'il nous soit permis de remercier également :

MONSIEUR LE DOCTEUR GRÉGOIRE

Ex-interne des Hôpitaux
Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ
MESSIEURS LINNÉ, DE FOURMESTREAUX

Internes des Hôpitaux.

Troubles Gastriques de Causes Mécaniques

au Cours du rein mobile

INTRODUCTION

Nous avons observé dans le service du Dr Picqué nombre de cas d'ectopie rénale avec rétention rénale et étranglement. Nous avons été frappé par deux cas de reins mobiles antéversés chez des malades présentant des troubles gastriques.

Il nous a paru intéressant de les étudier, et nous avons essayé de montrer les causes des troubles apportés par ces reins mobiles et le traitement qu'on pouvait leur opposer.

L'idée de cette thèse nous a été donnée par notre maître, M. le Dr Picqué, dont nous avons pu apprécier pendant plus de deux ans l'enseignement le plus bienveillant et le plus éclairé de la clinique chirurgicale.

Qu'il nous permette de lui adresser nos remerciements pour l'intérêt qu'il a bien voulu porter à nos

travaux et pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée pendant notre séjour dans son service.

Que M. le Dr Grégoire, ex-interne et prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, qui, dans le cours d'exécution de ce travail, a bien voulu nous guider de ses excellents conseils, reçoive nos bien sincères remerciements et soit assuré de notre reconnaissance.

CHAPITRE I

Anatomie et rapports des reins.

Nous étudierons d'abord l'anatomie normale des reins : situation, forme, direction, moyens de fixation et rapports. De cette étude nous pourrons déduire les rapports anormaux que pourront avoir les reins droit ou gauche en ectopie.

1° Situation

Les reins sont situés sur les côtés de la colonne vertébrale ; ils correspondent à la douzième vertèbre dorsale et aux deux premières vertèbres lombaires. Leur bord supérieur est au niveau de la onzième côte et le bord inférieur descend jusqu'à l'apophyse transverse de la troisième lombaire. Chez la femme, les reins sont, en général, moins élevés que chez l'homme de la hauteur d'une demi-vertèbre lombaire, (Helm).

2° Direction

Les reins sont allongés dans le sens vertical, obliquement de haut en bas et de dedans en dehors.

Ils sont donc convergents ; en haut la distance qui sépare les extrémités supérieures est de 6 à 7 centimètres et de 10 à 11 pour les extrémités inférieures. Les reins présentent une hauteur de 10 à 12 centimètres, sur 7 à 8 de large et 3 d'épaisseur. Leur poids est d'environ 40 grammes.

3° Moyens de fixation

Les moyens de fixation du rein lui permettent quelques mouvements. Ce sont : 1° l'atmosphère cellulo-adipeuse et l'aponévrose qui l'enveloppe ; 2° le péritoine ; 3° les adhérences avec la capsule surrénale ; 4° le pédicule vasculaire ; 5° la pression intra-abdominale.

1° Le rein est entouré par une capsule propre appliquée sur le parenchyme et qui arrive, au niveau du hile, à se confondre avec les vaisseaux. Cette capsule est formée par du tissu conjonctif contenant des fibres élastiques. Le rein recouvert de cette capsule plonge dans une couche graisseuse contenue dans une gaine cellulo-fibreuse qui constitue le fascia périrénal.

Chez le fœtus le rein est entouré dans cette loge

fibreuse qui lui envoie un ensemble de travées et de trabécules qui le fixent ; mais bientôt dans les premières années, il se forme dans ces travées des lobules graisseux qui, peu à peu, vers l'âge de 10 ans, envahissent toute la loge.

Ainsi le tissu conjonctif rempli de graisse forme tout autour du rein une atmosphère qui constitue la capsule adipeuse variant avec l'état d'embonpoint du sujet ; plus abondante chez la femme que chez l'homme ; plus abondante à la partie postérieure du rein qu'à la partie antérieure.

2° Autour de cette masse graisseuse nous trouvons le fascia périrénal. Etudié par Zuckerkandl (1), Glantenay et Gosset (2), il se compose de deux feuillets, un antérieur, un postérieur.

La séreuse, partie du flanc au niveau des corps vertébraux, se dirige en dehors, arrive au bord extérieur du rein, tapisse la face antérieure du rein en se continuant avec le feuillet antérieur au niveau du point de réflexion du péritoine.

Ce fascia périrénal suit le trajet du péritoine qu'il double, passe en avant des vaisseaux et va se continuer avec le feuillet semblable de l'autre rein. A gauche le feuillet antérieur est plus épais que du côté droit (Zuckerkandl).

En arrière passe le feuillet postérieur (ou rétro-

---

1. Zuckerkandl, 1888.

2. Glantenay et Gosset. *Annales mal. org. génit.-urin.*, Paris, 1898, t. XVI.

rénal ou de Zuckerkandl, qui le décrivit en 1882), il s'applique en arrière sur le carré des lombes et le psoas et vient se fixer sur la colonne vertébrale ; le rein est donc en arrière solidement maintenu et ne peut se déplacer dans ce sens.

En haut les deux feuillets antérieurs et postérieurs passent l'un et l'autre sur les faces correspondantes de la capsule surrénale. Là, ils se fusionnent et contractent de fortes adhérences avec la face inférieure du diaphragme.

En bas, au contraire, au niveau de l'extrémité inférieure du rein, les deux feuillets au lieu de se rencontrer et de se fusionner descendent isolément l'un en avant de l'autre pour venir se perdre dans le tissu cellulo-adipeux de la fosse iliaque interne (1).

Donc il résulte que le rein est dans une loge fibreuse solidement adhérent en haut au diaphragme et aux capsules surrénales. Il se trouve en contact avec une paroi postérieure solide formée par le feuillet postérieur du fascia périrénal doublé des muscles de la région lombaire.

3° Nous avons vu que le rein adhérait à la capsule surrénale par les fascias pré et rétro-rénaux ; de plus Glénard (2) insiste sur l'existence d'un ligament qui unit le rein à cette capsule et qu'il nomme le ligament réno-surrénal adventice. Dans les cas de

---

1. Testut, p. 528.

1. Glénard. *Caract. obj. du diagnos. du rein mobile*, Paris, 1896.

néphroptose, ce ligament s'allonge ou peut même être détruit puisque la capsule surrénale ne suit pas le rein dans sa descente.

Les adhérences avec la capsule surrénale diminuent avec l'âge et chez l'adulte on peut les séparer assez facilement.

4° Le pédicule vasculaire empêche le rein de se déplacer en dehors, mais il peut s'allonger et atteindre 12 à 14 centimètres (Legueu).

5° La pression intra-abdominale a une grande influence sur la mobilité du rein.

Delitzine et Volkoff (1) ont montré que lorsqu'on ouvre un cadavre debout, les reins s'abaissent. Cet abaissement se produit en enlevant les muscles de la paroi abdominale.

En résumé, le rein est solidement appuyé en arrière sur le plan résistant de la paroi abdominale postérieure. Mais il peut glisser sur elle et, dédoublant les deux feuillets de sa loge fibreuse, descendre dans la fosse iliaque en arrière des viscères abdominaux. Enfin si le feuillet antérieur de la loge se relâche ou s'affaiblit le rein peut se porter en avant en déprimant le coussinet élastique que lui forment les viscères creux de l'abdomen. C'est cette seconde variété de déplacement que nous aurons surtout en vue dans ce travail ; aussi insisterons-nous particulièrement sur les rapports de la face antérieure du rein.

---

1. Delitzine et Volkoff. *Méd. moder.*, 10 mars 1897.

Le rein est mobile normalement, il peut suivre les mouvements d'inspiration et d'expiration, mais ne peut dépasser quelques centimètres de course ; il joue dans la masse graisseuse, la loge fibreuse restant fixe.

Tels sont les moyens de fixation des reins. Quels sont donc leurs rapports ?

4° Rapports

Nous étudierons d'abord ceux de la face postérieure, puis ceux de la face antérieure plus longuement.

a) *Face postérieure.*

Comme nous l'avons vu, les reins sont en rapport en arrière avec le fascia périrénal, les dernières côtes ; le pôle inférieur dépassant légèrement la douzième est recouvert par un ligament décrit par Henlé et Récamier. Celui-ci part des apophyses transverses des première et deuxième vertèbres lombaires et va s'insérer sur la douzième côte.

Ce ligament est une dépendance du feuillet antérieur du muscle transverse. Il empêche de sentir le rein en arrière sous la douzième côte lorsque ce dernier est normal.

Puis il est en rapport avec la masse des muscles de la région lombaire ; en dehors il déborde le bord

externe du carré des lombes et répond aux muscles larges de l'abdomen.

Au-dessus du ligament cintré il répond au diaphragme qui le sépare de la douzième côte, du dernier espace intercostal et du cul-de-sac inférieur de la plèvre ou sinus costo-diaphragmatique.

Au delà, il répond à des formations qui constituent la région dorso-lombaire.

1° Le feuillet moyen de l'aponévrose du transverse ;

2° Les muscles spinaux ;

3° L'aponévrose lombaire ;

4° Le tissu cellulaire sous-cutané ;

5° La peau.

Le rein est donc situé dans cette loge et ne peut se déplacer ni en arrière, ni en haut. Le chemin de descente n'est ouvert qu'en bas et en avant.

b) *Face antérieure.*

Les rapports de la face antérieure variant avec le rein droit et le rein gauche, nous étudierons successivement l'un et l'autre. Tous deux dans une grande partie de leur étendue supérieure sont recouverts par le péritoine, fascia prérénal doublé du feuillet de Todlt, dépendance du péritoine.

I. *Rein gauche.* — La face antérieure répond successivement en haut, à la queue du pancréas qui repose sur son quart supérieur. Plus bas il est en rapport avec :

1° L'angle duodéno-jéjunal qui confine au bord interne du rein gauche ; et si l'origine du jéjunum est mobile et ne craint pas la compression du fait du déplacement rénal, on peut prévoir que la ptose du rein pourra faire sentir son influence sur l'extrémité du duodénum ;

2° L'angle gauche du côlon qui le sépare de la face postérieure de l'estomac. Cependant celui-ci exerce son influence sur le rein dont la face antérieure présente, et souvent très marquée, une empreinte (empreinte gastrique de His).

Dans une partie que laissent libre les viscères précités, l'estomac est en rapport avec le rein et n'en est séparé que par l'arrière-cavité des épiploons.

Le rein est donc en rapport avec l'estomac, mais en est séparé, comme nous venons de le dire, par les deux dernières portions du duodénum qui longent son bord interne ainsi que le jéjunum.

En bas, il l'est avec la portion terminale du côlon transverse et du côlon descendant qui s'appliquent contre sa moitié inférieure avec ou sans mésocôlon, ces rapports du côlon descendant étant plus étendus que ceux du rein droit avec le côlon ascendant.

II. *Rein droit.* — L'ectopie rénale existant le plus souvent à droite, nous étudierons les rapports normaux du rein avec les viscères voisins, tout en voyant les nouveaux qu'il peut prendre suivant son déplacement. La face antérieure du rein droit répond à :

1° La face inférieure du foie qui le recouvre dans ses trois quarts supérieurs et qui souvent lui est uni

par un repli péritonéal, le ligament hépato-rénal ; on comprendra donc déjà que toute cause tendant à abaisser le foie entraînera le rein dans cette descente ;

2° Avec le côlon ascendant à la portion initiale du côlon transverse. Normalement, le côlon ascendant parcourt la fosse iliaque et vient, se dirigeant de droite à gauche, passer dans le côlon transverse par une courbure insensible qui commence au niveau du pôle inférieur du rein droit et qui se continue à arc plus ou moins ouvert avec le côlon transverse. Ainsi se trouve formé au-devant du pôle inférieur du rein l'angle dit hépatique du côlon.

Par la face postérieure de son angle juxta-rénal, il se trouve fixé au pôle inférieur du rein droit.

Le rein en descendant verticalement entraînera avec lui le côlon (1).

Le plus souvent il n'y a pas de mésocôlon : Les recherches de Trèves ont montré que les rapports de cette portion de l'intestin et du rein sont intimes le plus souvent :

Sur 100 sujets :

52 absence mésocôlon ascendant et descendant.

22 mésocôlon descendant seul.

14 mésocôlon ascendant et descendant.

12 mésocôlon ascendant seul.

Le côlon transverse se dirige alors obliquement en

---

1. Alglave. *Revue de chirurgie,* 10 décembre 1901. Dispositions vicieuses du côlon ascendant par abaissement du rein droit.

haut et à gauche pour aller se couder au niveau du rein gauche.

3° Avec la deuxième portion du duodénum qui descend verticalement le long de sa partie interne et qui arrivé à la hauteur de la première lombaire au niveau du hile, croise les vaisseaux rénaux et leurs divisions.

Cette portion descendante, ou prérénale, du duodénum est couchée directement sans interposition de péritoine sur les vaisseaux rénaux et spermatiques droits ; et sur le bassinet et l'uretère du même côté.

Ordinairement la seconde portion du duodénum est assez écartée de la ligne médiane et passe aussi devant le hile et la face antérieure du rein droit ; mais assez souvent elle s'écarte du rein, s'approche de la ligne médiane et descend devant le bord droit de la veine cave. Plus bas, elle descend parallèlement au côlon ascendant. Lorsque celui-ci n'a pas de mésocôlon, il repose directement sur le duodénum, et ces trois organes : côlon, duodénum, rein droit, se trouvent intimement unis les uns aux autres sans interposition de lame séreuse.

Le rein droit est donc en rapport, en arrière, avec une paroi résistante et fixe ; en avant, il est en rapport avec les viscères abdominaux sus-ombilicaux, droits ; avec la deuxième portion du duodénum qui colle au rein et sur laquelle vient s'appuyer la face inférieure du foie où le duodénum marque son empreinte ; puis elle répond au côlon ascendant à

droite, puis à la tête du pancréas qui lui adhère intimement à gauche.

Donc le rein en se portant en avant doit forcément écraser le duodénum entre lui et les organes en rapport avec lui en avant.

4° Enfin avec la veine cave inférieure qui, en gagnant son orifice diaphragmatique, s'incline un peu en dehors et croise obliquement toute la partie supérieure du rein.

Nous pouvons, avec ces idées générales sur les rapports du rein, comprendre les troubles mécaniques qui pourront résulter de son déplacement au point de vue gastrique.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique du rein mobile est connue par les autopsies et opérations de Legueu (1), Watson (2), Pasteau (3), Glantenay et Gosset (4), Chavannaz (5).

Nous étudierons et nous rappellerons les points principaux de l'anatomie pathologique étudiée par Sibelle (6).

D'après sa situation et ses moyens de contention, la descente du rein ne peut se faire que dans deux directions : en dedans vers la ligne médiane et en bas

1. Legueu. Soc. anat., 1895, p. 565.
2. Watson. *Journ. of cutan. and gen. urinary diseases.*
3. Pasteau. Soc. anat., 1897, p. 213.
4. Glantenay et Glosset. Soc. anat., 1897, p. 216.
5. Chavannaz. *Journ. méd. Bordeaux*, 9 octobre 1892 (Un cas d'ectopie rénale observé pendant la vie et vérifié à l'autopsie).
6. Sibelle. Thèse, Paris, 1905 (*Anatomie pathologique du rein mobile*).

(Glénard)(1). Glénard reconnaît trois degrés dans le déplacement du rein ;

1° Rein simplement descendu, mais dont l'extrémité supérieure se trouve encore en-dessous des côtes, son extrémité inférieure peut être sentie par la palpation ;

2° Le rein se trouve en entier au-dessous des côtes ;

3° Dans le troisième, qui constitue le vrai rein flottant, la glande est devenue abdominale. Elle a perdu tous ses rapports avec la paroi abdominale et lombaire.

Sur les observations de Legueu, après autopsie, deux reins avaient quitté la région lombaire pour venir dans la région ombilicale.

Région ombilicale, partie inférieure de la région lombaire, fosse iliaque : telles sont les différentes régions où, à l'autopsie, Legueu, Pasteau ont trouvé des reins mobiles.

Lorsque le rein descend, il est d'abord vertical. Mais, si le mouvement s'accentue, il tourne autour d'un axe formé par le pédicule vasculaire qui amène en arrière son extrémité supérieure et en avant son pôle inférieur. Le bord convexe devient alors oblique de haut en bas, et de dehors en dedans.

Mais il peut arriver que dans son trajet le rein tourne sur son axe vertical, son bord convexe devient alors antérieur. Albarran a remarqué cette forme de

1. Glénard, 23 avril 1887, *Province médicale* (Mobilité du rein).

rotation. Watson, sur huit autopsies, a noté également ce fait.

Il peut tourner aussi dans le sens inverse, de telle sorte que son bord interne devient antérieur (observation de Deville) (1).

Ou encore tourner autour de son axe transversal ; l'extrémité supérieure se trouve portée en arrière et l'extrémité inférieure en avant : on dit qu'il est en rétroversion (autopsie de Pasteau). Le rein droit a une direction horizontale antéro-postérieure et l'extrémité inférieure est devenue antérieure.

Dans ce cas le rein vient comprimer le duodénum de bas en haut, entre son hile et l'extrémité inférieure du rein qui est devenue antérieure (Pasteau).

Inversement le rein peut être en antéversion, l'extrémité supérieure tombe et devenant antérieure comprimera encore le duodéuum ; l'extrémité inférieure est en arrière. Potain (2) a signalé ce cas et l'attribuait à une colite muco-membraneuse par suite de la disparition de la graisse périrénale.

Dans nos deux observations nous montrerons que nous avons trouvé le rein dans cette position.

Causes de l'ectopie. — Le rein peut descendre pour plusieurs raisons : d'abord par insuffisance des moyens de contention, puis par pression abdominale exagérée.

Dans le premier cas, le rein descend par le chemin laissé libre par le fascia périrénal, il y a insuffisance

1. Deville. *Bull. Soc. anat.*, 1846, p. 377.
2. Potain, *Gaz. hôpit.*, 21 août 1890.

des travées fibreuses allant de l'organe au fascia. Nous trouvons une débilité de la paroi très marquée ; le ventre est flasque, il y a ptose intestinale. Le foie est abaissé, le système nerveux est touché, si bien que la néphroptose n'est qu'un élément d'une véritable maladie générale portant sur tous les viscères et les tissus ; maladies fréquentes après grossesses répétées, amaigrissement rapide, affection des organes génitaux (1).

Dans le cas de descente du rein par force nous remarquerons que les tissus sont sains et normaux ; les viscères sont intacts, sauf ceux qui sont en contact avec le rein dans sa nouvelle position (compression, adhérence). Nous avons de véritables phénomènes pathologiques d'ordre mécanique.

La chute d'un lieu élevé sur les talons (2), une augmentation du volume du foie (3) pourraient être cause de l'ectopie rénale ; mais surtout, depuis Cruveilhier, on invoque l'action nuisible du corset et des liens. Brühl (4) et Mathieu en ont rapporté des exemples à la Société médicale des hôpitaux.

Les personnes qui présentent un rein mobile sont habituellement des jeunes filles, ou des femmes de la classe ouvrière lesquelles ont l'habitude de fixer

---

1. Albarran, Le Dentu, Delbet, p. 658.
2. Duplay et Reclus, t. VII, p. 392.
3. Legendre. *Bull. Soc. méd. des hôpit.*, 12 décembre 1893.
4. Brühl. *Gaz. des hôp.*, 1891.

leur jupe au niveau des hanches avec des lacets étroitement serrés, et d'enrouler à la base de leur thorax de nombreux cordons qui produisent un véritable étranglement accusé par la présence d'un sillon permanent (1).

Nous voyons dans ces cas, le rein abaissé par la pression du foie et des agents mécaniques de constriction et souvent nous rencontrons des accidents gastriques dus à la compression de l'estomac, du pylore ou de la deuxième portion du duodénum par les reins.

Altération du rein déplacé. — 1° Albarran a constaté des déformations et particularités intéressantes. Souvent il y a de la rétention rénale ;

2° Adhérences anormales dans le rein mobile: (Guyon a signalé le fait vu par Albarran). Ces adhérences sont fréquentes entre le rein et sa doublure péritonéale ; on peut comprendre comment par ses adhérences le rein peut provoquer des phénomènes de tiraillement ou d'étranglement sur les organes voisins (2).

Dans le rein mobile peuvent se développer toutes les affections du rein en place.

État du pédicule du rein. —Il est allongé dans la plupart des cas. Cet allongement a été constaté dans les autopsies de Legueu et Pasteau (2 cas), Glantenay et Gosset ; dans ce dernier cas l'artère était lon-

1. Debove. *Maladie d'estomac*, p. 345.
2. Albarran. Ass. franç. de chirurg., 1898.

gue de 12 centimètres, la veine rénale est généralement moins longue.

Dans ces cas d'allongement le calibre est diminué, ce qui fait penser à un allongement secondaire déterminé par la descente du rein.

Uretère. — Landau avait attribué le développement de l'hydronéphrose à la coudure de l'uretère, qui, se trouvant fixée par sa partie supérieure, ne descend pas avec le rein ; des expériences et travaux faits depuis semblent corroborer cette opinion (Israël, Clément Lucas, Monod, Tuffier, Rochet, Albarran).

Les coudures dans le rein mobile existent, et cela pour trois raisons (Albarran, page 652) :

1° Lorsque, chez le cadavre, on déplace le rein en bas, on voit l'uretère s'abaisser avec le rein et se plisser ;

2° Chez deux femmes atteintes de rein mobile sans hydronéphrose Albarran constate qu'en pratiquant le cathétérisme la sonde pénètre bien 12 à 15 centimètres et s'arrête, en soulevant le rein elle pénètre plus profond ;

3° Navarro (1) et Tuffier (2) ont déterminé des coudures uretérales en mobilisant les reins chez des chiens. Terrier et Baudouin (3) les avaient constatées en opérant ; de même Albarran.

La coudure uretérale ne produit pas toujours la

---

1. Navarro. Thèse de Paris, 1894.
2. Navarro et Tuffier. *Ann. org. génit. urin.* Paris, 1894.
3. Terrier et Baudouin. *Revue de chirurgie*, 1891.

rétention, car ces coudures sont mobiles ; elles créent un obstacle à l'écoulement lorsqu'elles sont fixées.

Il résulte que dans le rein mobile ordinaire, l'uretère suit dans une certaine étendue le déplacement du rein ; et que, devenu trop long par suite de ce déplacement, il forme des plis et des coudures qui sont mobiles et laissent passer l'urine.

Ces coudures peuvent devenir fixes par suite d'adhérences et créer ainsi une gêne au cours de l'urine et l'hydronéphrose commence à se développer.

Navarro, reprenant les idées de Gilewsky (1865), a invoqué un autre mécanisme pour expliquer les hydronéphroses dans le rein mobile. Il suppose que le pôle inférieur du rein en se déplaçant en avant sur l'uretère interrompt le cours de l'urine.

Albarran cite le cas d'une malade opérée de Walther où le pôle supérieur seul avait été fixé et où le pôle inférieur du rein comprimait l'uretère.

Péritoine. — Les Anglais admettent : 1° un rein mobile et libre situé derrière le péritoine ; 2° un rein flottant avec un mésonéphrose formé par un dédoublement du péritoine et se trouve comme le mésentère à l'intérieur de la cavité péritonéale.

Aucun cas de ce genre n'a été vu à l'autopsie ; Legueu n'a jamais rencontré de vestige de pédiculisation, rien qui ressemblât à une dépression du péritoine dans lequel le rein serait venu se loger.

Organes voisins. — On trouve souvent un dépla-

cement d'autres viscères abdominaux. Pour Glénard la néphroptose serait accompagnée toujours d'entéroptose. Il n'en est rien, ainsi que l'ont déclaré Guttmann, Senator, Albarran.

Ce qui est intéressant à noter, ce sont les déformations ou adhérences qui peuvent se produire sur les organes voisins lorsque le rein a quitté sa loge.

Comme nous l'avons vu lorsque le rein droit est abaissé en avant et en dedans, il peut venir comprimer la deuxième portion du duodénum apportant une gêne mécanique au cours des aliments. (Debove et Ramond) (1).

De plus il peut se former des adhérences entre le rein, le côlon (Fredet) (2) et le duodénum provoquant des troubles gastro-intestinaux.

Du côté gauche, le rein gauche peut venir comprimer la face postérieure de l'estomac en même temps que l'angle duodéno-jéjunal qui se trouve interposé entre le rein et l'estomac, apportant ainsi une gêne dans le phénomène de la digestion et l'évacuation du duodénum, et des troubles nerveux consécutifs.

Dans quelques cas il peut exister des compressions des canaux biliaires de la veine cave.

---

1. Debove et Ramond. *Mal. estom.*, p. 345.
2. Fredet. *Observat. Soc. anat.*, mars 1898, p. 225.

CHAPITRE III

Symptômes.

Lorsqu'un malade vient consulter pour troubles gastriques, douleurs accompagnant un rein mobile, il faut différencier ces phénomènes des troubles gastriques dus à d'autres affections.

Nous verrons donc :

1° Les troubles réflexes dus à l'étranglement rénal et à la rétention rénale ;

2° Les troubles consécutifs à l'entéroptose ;

3° Les troubles gastriques par occlusion duodénopylorique.

Dans le premier cas nous avons affaire à un malade qui, sans avoir jamais ressenti aucune douleur, est pris subitement, à l'occasion d'une marche un peu rapide, à la suite d'un effort, d'une douleur brusque, violente, qui l'oblige à s'arrêter. Cette douleur subite simule l'attaque de coliques néphrétiques, ou hépatiques avec irradiation douloureuse dans la cuisse et la jambe. Le malade vomit, est couvert de sueurs

froides, son pouls est petit et filiforme ; il peut même tomber en syncope.

Ces phénomènes revêtent un véritable caractère de gravité et on cite même des cas de mort (Cordier) (1). La crise se termine par cessation graduelle des accidents et le malade urine des quantités de liquide.

Nous avons eu affaire là à une crise d'étranglement rénal due à un tiraillement du plexus nerveux. Elle ne se distingue de celle de l'hydronéphrose intermittente que par l'absence d'une tumeur palpable, formée par l'augmentation de volume du rein et par l'absence de polyurie qui suit la crise de rétention rénale ; car si quelquefois le malade urine abondamment après la crise d'étranglement, cette polyurie doit être rattachée à un phénomène réflexe.

L'hydronéphrose est due à la coudure de l'uretère soit par les adhérences qui se forment entre lui et les organes voisins, soit à sa compression par le rein déplacé. Elle est caractérisée par l'augmentation de volume du rein et la douleur consécutive à l'accumulation d'urine dans ce rein, et par la cessation des symptômes lorsque, ayant remis le rein en place, l'urine s'écoule dans la vessie ; ou lorsque, comme le démontrent Landau, Terrier, Baudouin, la tension de l'urine finit par vaincre la résistance et redresse la coudure de l'uretère.

Comment se fait-il que le rein mobile n'occasionne pas toujours de la douleur et de l'hydronéphrose ?

1. Cordier. *Journal Americ. of. obstetrics*, 1896, p. 533.

Landau pense que si le rein quitte sa loge pour descendre dans l'hypochondre alors que l'uretère est mobile, il y aura descente simultanée de ce dernier qui ne se coudera pas. Si, au contraire, il est fixé par des adhérences, il y aura coudure et compression. De là il résulte qu'on pourra avoir des crises de rétention avec un rein peu mobile avec son uretère fixe ; sans aucun phénomène, avec un uretère libre et un rein dans la fosse iliaque.

II. — Les troubles gastriques que nous observerons au cours du rein mobile peuvent-ils être consécutifs à l'entéroptose ?

Nous voyons souvent dans la ptose de tous les organes des accidents et du côté de l'estomac et du côté de l'intestin.

Glénard (1) même pense que, dans ce cas, c'est l'entéroptose qui provoque le rein mobile par suite du relâchement de tous les moyens de suspension des viscères abdominaux et faiblesse de la paroi abdominale ; le rein mobile n'étant ainsi qu'un épiphénomène d'une maladie générale.

Nous ne le pensons pas ; Alglave a montré dans plusieurs observations de sujets autopsiés que cet abaissement du rein était primitif et que le côlon n'avait fait que le suivre dans cette chute (2). En effet, il a trouvé que le rein était adhérent à l'angle du

---

1. Glénard. Soc. méd. hôpit., décembre 1893.

2. Alglave. Dispositions vicieuses du côlon ascendant. *Rev. de chir.*, 10 oct. 1903.

côlon ascendant et que, par suite de sa descente, le cœcum étant resté fixe, le côlon s'était coudé sur la portion initiale du côlon ascendant et par suite il s'était produit des phénomènes de rétention de matières dans le cœcum et l'extrémité de l'intestin grêle. De cette stase de matière fécale, le malade présentera des phénomènes d'entéro-colite muco-membraneuse, et d'occlusion intestinale chronique.

D'après ces observations, Alglave démontre l'origine mécanique de ces troubles intestinaux qui s'accompagnent de troubles dyspeptiques secondaires : flatulence, perte d'appétit, amaigrissement et troubles réflexes.

Potain (1) a trouvé dans ce cas des phénomènes réflexes : dyspnée, douleur précordiale, tremblement pendant la digestion, vertige.

Outre ces cas, vus sur le cadavre, Kidd a observé quatre cas de malades présentant des phénomènes d'occlusion intestinale, dus à la compression du côlon par le rein déplacé ; Gilford en rapporte un cas ; Hale White a vu un cas où l'ictère se développa à la suite de néphroptose ; il est à remarquer que ces troubles sont dus à l'ectopie rénale droite, qui d'ailleurs est la plus fréquente.

Restent à étudier les troubles gastriques dus soit à la compression duodéno-pylorique et à celle de la deuxième portion du duodénum par le rein droit, soit à l'obstacle apporté au cours des matières au

1. Potain. Clin. médic. *Semaine méd.*, 31 août 1887.

niveau de l'angle duodéno-jéjunal par le rein gauche. Ce dernier cas est peu fréquent et nous n'en connaissons aucun nettement observé : nous nous en tiendrons donc aux troubles consécutifs à la compression par le rein droit.

Bartels, Landau, Lidner, Debove et Ramond, Muller Warneck ont rapporté nombre de cas où le rein droit était l'obstacle gênant le passage du chyme de l'estomac dans l'intestin. Brühl (1) a montré les rapports de l'ectopie rénale droite avec la dilatation de l'estomac ; Mathieu en a observé des cas qu'il a présentés à la Société médicale des hôpitaux.

S'il y a compression ou obstacle siégeant à l'orifice de sortie de l'estomac, ou sur le duodénum, il y aura stase des aliments dans l'estomac avec tous les troubles digestifs fonctionnels ou physiques qui s'y rattachent.

D'abord l'appétit disparaît, soit par suite de la douleur gastrique, soit par la sensation de plénitude, de pesanteur, d'oppression que provoque l'ingestion des aliments.

Immédiatement après le repas, on trouve par la palpation l'estomac tendu, on sentira même son bord inférieur si on a une paroi lâche. Deux ou trois heures après quand la tension de l'organe a cédé en partie, on trouve un bruit de clapotage étendu sur tout le pourtour de l'ombilic. En excitant la paroi par une légère percussion, on peut voir se produire

1. Brühl., *Gaz. des hôp.* 1891.

une série d'ondes épigastriques et souvent une double saillie séparée par un sillon bien marqué. L'estomac se vide à peu près pendant la nuit ; à jeun, le matin, la percussion permet de constater une sonorité anormale étendue ; le bruit de clapotage existe encore et prouve que l'estomac ne se vide pas complètement.

Si on introduit la sonde, on retire de l'estomac des liquides résiduels et des débris alimentaires en rapport avec la résistance qu'apporte l'obstacle mécanique et la quantité d'aliments ingérés. L'estomac luttant et l'obstacle ne se laissant pas facilement vaincre, il en résultera des vomissements par regorgement et irritation de la muqueuse par les matières en décomposition. On observera en même temps de fréquentes éructations, amertume de la bouche, fétidité de l'haleine, constipation et phénomène d'entérite dû à l'inflammation de l'intestin par l'acide acétique formé dans l'estomac. Le malade aura de plus de la céphalalgie, du vertige, quelquefois des hallucinations de la vue.

Cette dilatation stomacale due à l'obstacle mécanique sur le duodénum se distinguera de la dilatation par autres causes : par les caractères particuliers de la contraction stomacale qui est intermittente, s'accusant par la saillie en masse de l'estomac et pendant laquelle il se dessine sous la peau ; par la marche de l'évolution digestive ; par la présence de liquides résiduels et de débris alimentaires.

Les signes physiques et fonctionnels de cette dila-

tation permettent d'en établir la pathogénie. Hayem (1) nous a montré que tout obstacle siégeant sur le cours normal des aliments occasionnera une dilatation consécutive de l'estomac.

Ici, cet obstacle siégeant sur le duodénum apporte une gêne à l'évacuation de l'estomac qui sera plus lente ; les aliments séjourneront plus longtemps dans l'estomac, qui, réagira et tendra à expulser ces matières ; il en résultera un accroissement des fibres musculaires et une légère hypertrophie. Puis, bientôt fatiguées, ces fibres vont se relâcher, les parois stomacales se distendront et la dilatation se trouvera constituée avec tous les symptômes qu'elle comporte.

Nous voyons dans une de nos observations l'évolution de tous ces phénomènes gastriques par obstacle mécanique.

OBSERVATION I

Mme C..., couturière, 49 ans, entrée le 15 août 1905 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, dans le service de M. le Dr Picqué.

Antécédents personnels. — Cette malade a présenté de l'anémie à l'âge de 20 ans ; deux pneumonies consécutives à l'âge de 28 ans ; maladie nerveuse qu'elle ne peut spécifier à l'âge de 30 ans, pour laquelle on lui prescrit un séjour au Mont-Dore.

1. Hayem, *Leçons de thér.*, 4e série, 1893.

A eu cinq enfants dont quatre vivants et bien portants ; un mort-né.

Au mois de mars 1905, la malade commence à éprouver des maux d'estomac survenant toutes les deux heures et présentant un tel caractère d'acuité qu'elle est obligée de garder le lit. Ces douleurs ne sont calmées qu'à l'aide de piqûres de morphine.

Au mois de juillet les crises sont, pendant quelques semaines, moins nombreuses et moins douloureuses ; mais la malade vomit tout ce qu'elle prend pendant les crises ou en dehors des crises. Le lait n'est pas supporté et est rejeté immédiatement après l'ingestion.

Au moment des crises gastriques la malade ressent de violentes douleurs irradiées vers la région lombaire.

Le médecin qui la soigne la considère comme atteinte d'un cancer du pylore et se contente de lui administrer de la morphine en injections et de la strychnine en pilules. La malade a beaucoup maigri et s'affaiblit de jour en jour.

En août les crises augmentent encore de nombre et d'intensité ; la malade se décide à venir consulter à l'hôpital Bichat, le 21.

Elle présente alors tous les phénomènes de la dilatation stomacale que nous avons décrits précédemment.

Ses vomissements sont incessants et noirâtres ; la malade éprouve le plus profond dégoût pour les aliments et les boissons ; elle ne mange pas pour

éviter les vomissements, aussi l'amaigrissement est extrême. A l'examen, M. Picqué trouve un estomac dilaté et un bruit de clapotage ; au niveau du pylore il sent une tuméfaction très prononcée. M. Picqué pense immédiatement que cette tumeur est constituée par le rein droit en ectopie, contrairement au diagnostic que la malade apportait. C'est l'extrémité inférieure du rein droit qui a basculé en avant qu'on sent facilement dans la région pylorique.

L'examen des urines est négatif.

M. Picqué juge l'opération nécessaire ; elle est pratiquée le 30 août. Là, M. Picqué trouve le rein dans la position où il l'avait diagnostiqué.

Le pylore et la portion initiale du duodénum étaient comprimés, mais ne présentaient aucune lésion cancéreuse. Il dégage le rein et le fixe à la paroi lombaire, très haut. Pas de drainage.

La malade guérit et part de l'hôpital le 29 septembre, ne présentant plus aucun trouble digestif.

Suites de l'opération. — Nous avons revu cette malade le 20 janvier 1906. Ce jour, la malade nous raconte que, une fois ou deux par semaine, elle a des crises légères d'estomac, quelques douleurs lancinantes dans le côté droit, ne rappelant pas, à son dire, l'intensité des crises qu'elle avait avant l'opération. Entre ces crises, à l'occasion d'un effort, d'une fatigue, la malade souffre légèrement, mais sans irradiation. Elle s'alimente facilement, digère ce qu'elle mange et l'état général est très amélioré. Elle vomit

cependant quelquefois, seulement au moment d'une crise.

D'après cette observation, nous voyons donc que cette malade présentait des troubles mécaniques depuis six mois, que la dilatation de l'estomac était constituée, et que si l'opération ne l'a pas guérie complètement, c'est que si l'obstacle a été supprimé, la dilatation n'a pas pu régresser tout à fait et qu'il lui reste encore quelques troubles inhérents à cette affection.

Nous venons de constater que ces phénomènes de compression étaient dus à un rein mobile dont le pôle inférieur avait basculé en avant.

Nous allons alors étudier quelles sont les positions du rein pouvant amener ces troubles digestifs.

Le plus souvent le rein droit est déplacé en avant et son extrémité inférieure devenue antérieure est sentie à travers la paroi abdominale au niveau de la région pylorique.

Il arrive aussi que c'est le pôle supérieur du rein qui vient basculer en avant et comprime le duodénum : car, si le rein ne faisait que descendre verticalement, il glisserait le long du duodénum sans l'écraser. Au contraire, en basculant, le pôle supérieur ou le pôle inférieur écrase le duodénum. Dans une autopsie, Pasteau a vu le duodénum comprimé par le pôle inférieur, comme dans l'observation que nous venons de relater.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Il s'agira de diagnostiquer l'existence d'un rein mobile. Ensuite, de voir si les troubles gastriques sont bien en rapport avec l'ectopie rénale ; s'ils ne sont pas d'origine hystéro-neurasthénique, d'origine réflexe, ou si quelque autre tumeur ne vient pas, soit s'ajouter au rein mobile, soit produire, elle seule, les phénomènes observés.

D'abord, existe-t-il un rein mobile ?

Nous constaterons dans ce cas une tumeur dans l'hypochondre, tumeur qui a un caractère spécial : sa réductibilité dans la fosse lombaire. Mais comme le fait remarquer Albarran, le rein peut avoir contracté des adhérences avec les organes voisins et n'être plus réductible. Dans ce cas le diagnostic sera plus difficile et on ne pourra se baser pour affirmer l'ectopie que sur la vacuité de la loge rénale.

Nous trouvons une tumeur dans l'hypochondre ; nous rechercherons ses caractères :

Soit par le palper direct, par pression ;

Soit par le ballottement de Guyon ;

Soit par le procédé de Glénard ;

Soit par celui d'Israël.

Lorsque cette tumeur est formée par le rein, on peut sentir les contours de l'organe et les délimiter par le palper bi-manuel.

La pression permettra de reconnaître la sensibilité.

Le ballottement de Guyon est un des meilleurs moyens de diagnostic.

Le malade est couché sur le dos, la tête basse ; le chirurgien se place du côté à examiner. La main droite, si c'est à droite, est placée à plat sur la paroi latérale, la main gauche étant en arrière, dans l'angle que forme la dernière côte avec la masse sacro-lombaire. La main antérieure suit les mouvements respiratoires et déprime doucement la paroi. On sent alors le rein venir frapper alternativement les deux mains. A l'état normal le ballottement n'existe pas. Ce signe de Guyon n'est pas cependant pathognomonique. On a pu observer du ballottement dans le cancer du jéjunum (Albarran) ; dans la dilatation de la vésicule biliaire (Le Dentu) ; dans un kyste du pancréas (Hartmann).

Par le procédé de Glénard, on embrasse avec une seule main, les doigts étant en-dessous et le pouce en-dessus, le flanc un peu au-dessous de la dernière côte et on déprime en suivant les mouvements respiratoires. Si le rein est normal, on ne le sent pas. S'il est en ectopie on le sent placé entre les doigts et la moindre pression le fait rentrer dans sa loge.

Ce procédé n'est bon que lorsqu'on a affaire à un rein peu mobile, non adhérent.

Israël fait placer son malade sur le côté sain, les cuisses à demi-fléchies. Une main est appliquée sur la région lombaire, l'autre sur la paroi abdominale. Si le rein est déplacé on sent, en déprimant la paroi abdominale et en résistant avec la main qui est sur la région lombaire, la face antérieure du rein venir au contact de la main ; et si la paroi est souple on peut arriver à reconnaître les moindres inégalités de la face antérieure du rein.

Tels sont les procédés pour reconnaître un rein mobile. Nous voyons que lorsque le rein n'est pas très déplacé et qu'il conserve encore quelques rapports avec les côtes, le procédé de Glénard permet de bien diagnostiquer le néphroptose. Quand le rein est très déplacé, qu'il se trouve dans la fosse iliaque, on ne le sentira que par un palper attentif sous la forme d'une tumeur globuleuse, un peu allongée. qui échappe sous le doigt, s'il n'est pas fixé.

Il existe un rein mobile. Les troubles digestifs sont-ils dus à des phénomènes nerveux ou à cette ectopie ?

En effet, nous voyons souvent des malades atteints de rein mobile qui présentent en même temps des stigmates de neurasthénie ou d'hystérie ; et dans ces cas, les phénomènes gastriques pourront être dus à ces états de nervosisme.

Nous trouvons chez ces malades de la dysphagie, des spasmes douloureux de l'œsophage ; l'appétit est

quelquefois augmenté ; parfois il existe une anorexie complète. Le malade ne veut pas manger et la vue seule des aliments provoque des nausées et des vomissements. Si quelque aliment était ingéré, il serait immédiatement rejeté.

Chez ces nerveux, l'anorexie ne provoque pas l'amaigrissement comme dans la dilatation d'estomac d'origine mécanique. Le malade conserve un aspect florissant ; il semble que les échanges nutritifs soient réduits au minimum puisque le malade ne conserve aucun aliment. Cependant, il se peut que le malade dépérisse mais cela, seulement au bout de quelques mois.

Les vomissements ne sont pas douloureux, Basset (1) les a classés en : vomissements par perversion de la volonté, purement nerveux ; d'autres pour cause de diminution du besoin de réparation ; d'autres enfin par sensibilité anormale de la muqueuse gastrique qui en est le point de départ. Ils sont tantôt passagers, tantôt incoercibles.

De plus, pour différencier ces symptômes gastriques nerveux, nous trouverons chez le malade d'autres stigmates d'hystérie : anesthésie locale ou hémianesthésie, amnésie (les souvenirs ne sont pas perdus mais leur évocation est impossible) ; diminution ou suppression de la volonté ; ces troubles entraînant une diminution de l'intelligence. On

---

1. Basset. Thèse, Paris, 1887, 1888.

trouvera aussi des névralgies et céphalalgies, accidents laryngés, toux hystérique.

Nous pourrions aussi avoir des phénomènes gastriques dus à un tabès au début avec coïncidence de rein mobile. Dans une observation que nous devons à l'obligeance de M. de Fourmestreaux, alors interne à la Salpêtrière, nous voyons que les symptômes digestifs étaient dus à un tabès au début et non au rein mobile que la malade présentait simultanément.

Il nous a paru intéressant de la citer en entier :

OBSERVATION II

G... Elisa, opérée dans un service de chirurgie à la Pitié ; deux ans après entre à la Salpêtrière en 1904 présentant des phénomènes très nets de tabès.

Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Mariée à 15 ans. N'a pas eu d'enfant. Jamais malade. Est prise à l'âge de 45 ans de douleurs et de troubles digestifs. Soignée une première fois dans le service du Dr Duguay qui fit le diagnostic de rein flottant.

Après quelques jours de traitement, elle quitte l'hôpital, semblant améliorée. Mais bientôt les douleurs et les troubles gastriques qu'elle avait présentés auparavant reparaissent.

Elle va consulter alors M. le Dr Robin.

Là, on lui applique un appareil de contention qui la soulage dans les premiers temps. Mais bientôt l'état ne s'améliorant pas, elle entre à la Pitié et réclame l'opération qui est pratiquée peu après. Elle guérit rapidement et pendant les quelques semaines qui suivent la malade se trouve bien. Mais voilà les douleurs qui reprennent, les vomissements qui s'étaient amendés reparaissent de nouveau : la malade qui avait engraissé pendant le mois qui suivit l'opération commence à maigrir et, souffrant beaucoup, va consulter à la Salpêtrière.

Elle est hospitalisée et on reconstitue très nettement avec les signes qu'elle présente alors et les antécédents l'histoire de tabès, affection qui était certainement antérieure à l'opération. En effet, dès le premier examen, outre les troubles gastriques, elle présentait une diminution de l'acuité visuelle : les crises douloureuses apparaissaient comme des crises fulgurantes, qui, coïncidant avec les signes physiques du rein mobile, avaient fait commettre l'erreur de diagnostic qui est : troubles digestifs d'origine rénale.

Il s'agissait là d'un tabès typique : douleurs fulgurantes, abolition du réflexe achilléen, rotulien ; signes d'Argyl-Roberston, ataxie légère. C'est un cas type de tabès et où les signes fonctionnels de cet état ont été attribués aux symptômes fonctionnels de l'ectopie rénale.

Après avoir éliminé les troubles digestifs d'origine nerveuse il faut s'assurer que ces troubles ne sont

pas dus à une affection autre que le rein mobile.

Le kyste du foie ne peut être confondu avec le rein en ectopie. Il se présente sous forme d'une tumeur lisse, arrondie, rénitente, qui, dès qu'elle devient superficielle, est facilement reconnaissable par sa fluctuation. Elle présente un symptôme d'une grande valeur qui n'est pas constant, mais qui permet de diagnostiquer un kyste : c'est le frémissement hydatique.

Difficile est le diagnostic avec la cholécystite qui peut donner lieu à des erreurs.

La position de la vésicule à droite où on rencontre fréquemment le rein mobile, tumeur lisse, arrondie qu'on sent bien sous la peau, quelquefois mobile, peut faire songer à un rein.

Mais, elle est moins volumineuse, fait souvent corps avec le foie, et s'accompagne parfois de poussées fébriles et ictériques qui n'existent ni dans le kyste du foie, ni dans l'ectopie rénale.

De même pour les néoplasmes de la vésicule.

Les tumeurs du mésentère présentent des signes capitaux qui sont : tumeur médiane pointant vers l'ombilic, très mobile, avec une zone de sonorité en avant et une autre la séparant du pubis. Ces tumeurs peuvent être confondues surtout avec les tumeurs du pancréas.

Les kystes du pancréas ne peuvent être diagnostiqués que s'ils présentent un gros volume. Ils seront donc facilement différenciés du rein.

La tumeur qu'ils forment est immobile, caractère

qui l'empêchera qu'on ne la confonde avec le kyste du mésentère, mobile.

Les tumeurs solides du pancréas se reconnaissent par l'ictère intense permanent, la dilatation de la vésicule biliaire, la cachexie, l'amaigrissement rapide, la douleur, quelques symptômes de diabète, de la stéarrhée, et l'existence d'une tumeur épigastrique.

A gauche, il faudra faire le diagnostic avec la rate mobile ; il sera facile si on se rappelle le volume plus considérable de la rate hypertrophiée et la forme spéciale de l'organe. A la percussion on trouvera la sonorité de la région splénique ; et à la palpation, sa vacuité.

Avec le kyste pédiculé de l'ovaire le diagnostic est assez facile. La tumeur dans ce cas est mobile, non réductible et évolue peu à peu.

Les tumeurs de l'angle du côlon seront reconnues par leur fixité, leur non réductibilité, les bosselures qu'elles présentent.

Il nous reste à étudier le diagnostic entre le rein mobile et les tumeurs du pylore. Dans nos deux observations nous voyons que l'erreur de diagnostic a été commise entre ces deux affections. Il nous faudra donc examiner attentivement les signes de l'un et de l'autre.

Comment pourrons-nous reconnaître que la stase stomacale et les phénomènes qui la compliquent sont dus à la compression du duodénum par un rein mobile, ou au rétrécissement cancéreux ou cicatriciel du pylore ou même au cancer de l'estomac.

On peut éliminer vite le cancer de l'estomac en s'appuyant sur la situation du néoplasme, son immobilité pendant les mouvements respiratoires, et en ayant recours à l'insufflation.

La localisation du néoplasme offre une grande valeur : mais la saillie formée par la tumeur peut être rencontrée bas et vers la gauche, si elle siège sur la grande courbure et si l'estomac est dilaté ; ce serait là une cause d'erreur qu'on peut facilement éviter.

Il n'en est pas de même du cancer du pylore qui est sujet à se déplacer dans de grandes proportions avec l'orifice qui le porte et à aller plus ou moins loin simuler une tumeur du côlon et du rein.

Le malade accuse au début du cancer les mêmes phénomènes que le malade atteint de gastrite chronique : pas de douleurs violentes, mais troubles digestifs marqués. Au bout de deux ou trois semaines le malade remarque qu'il maigrit ; puis, les accident s'aggravent peu à peu : le malade a des hématémèses ; il prend une teinte jaune paille, il est cachectisé. A cette période le diagnostic n'est pas douteux. Mais au début l'erreur peut être commise et dans les observations que nous rapportons les deux malades étaient venus consulter avec le diagnostic de cancer du pylore, alors que tous les troubles qu'elles présentaient étaient dus à un rein mobile. Dans ces deux cas, il y avait vomissements et même, dans la seconde observation, vomissements

noirâtres pouvant faire penser à une hématémèse du cancer.

A la palpation on sentait une tumeur que M. Picqué déclara immédiatement être un rein. Le plus souvent le cancer occupe l'épigastre en un point plus ou moins rapproché de l'ombilic ; souvent aussi il siège à gauche, tumeur de la grosseur d'une noix ou du poing ; forme arrondie, irrégulière, dure uniformément ; surface semée de nodosités. Cette tumeur peut se déplacer suivant l'état de réflexion ou de vacuité de l'estomac ; elle paraît mobile par le palper, mais le plus souvent elle adhère au pancréas, au duodénum, au foie.

Sur 300 laparotomies pour cancer du pylore, 14 fois seulement, il n'a pas été trouvé d'adhérences (1).

Ces différents signes auxquels nous ajouterons l'examen du résidu stomacal après le repas d'épreuve, nous permettront d'affirmer l'existence du cancer du pylore.

En effet, Hayem insiste sur les caractères du chimisme stomacal. Les expériences ont montré que la diminution ou la disparition de l'acide chlorhydrique est constatée dans le cancer de l'estomac et qu'elle est de règle dans cette affection.

On conclura que l'absence de cet acide est une preuve presque absolue du carcinome et qu'elle peut aider à établir un diagnostic hésitant.

---

1. Guinard. *Cancer de l'estomac*. Thèse, Paris, 1892.

Nous avons donc posé le diagnostic de complications gastriques par obstacles mécaniques au cours de rein mobile ; quels seront le pronostic et le traitement ?

CHAPITRE V

Indications et Traitement.

De l'étude anatomo-pathologique des phénomènes observés dans le néphroptose, il ressort que cette affection est sérieuse : et par les troubles qu'elle apporte dans l'économie par suite d'altérations morbides dus à la mobilité rénale, et par les complications que peuvent amener ces altérations.

Lawson Tait, en effet, en disant que jamais on ne rencontrait un rein mobile sain, allait un peu loin dans son affirmation ; car, nous avons, le plus souvent, vu fixer des reins ne présentant macroscopiquement aucune altération. Cependant, il arrive qu'à tous les troubles observés dans l'ectopie s'ajoute l'albuminurie (14 o/o schilling) et surtout les complications d'ordre mécanique : compression du duodénum, étranglement rénal et rétention rénale.

Il faut donc traiter le rein mobile ; le traitement variera dans les cas d'ectopie rénale avec troubles digestifs hystéro-neurasthéniques ; avec troubles digestifs d'origine réflexe ; et avec troubles d'origine mécanique.

Nous avons vu que le rein mobile s'accompagne

de troubles digestifs, mais que ces troubles varient avec la cause qui les a produits.

Dans le premier cas, les symptômes sont très marqués chez les malades présentant des antécédents et des phénomènes névropathiques. Si nous acceptons l'interprétation pathogénique de ces troubles et, comme l'a démontré l'Ecole de la Salpêtrière, la nécessité, pour qu'ils se développent, que le rein mobile agisse sur un terrain préparé par une hérédité névropathique et qu'ainsi nous considérions le rein mobile comme un stigmate de dégénérescence, nous trouverons que les malades atteints de ces symptômes sont des neurasthéniques ou des hystériques.

Dans le cas de ces malades, l'opération n'est pas à proposer. Dans leur statistique, Albarran, d'une part, Chevalier de l'autre, montrent que sur 100 malades névropathes la moitié des malades ont été guéris par l'opération, soit 50 o/o de succès; que 14 autres malades ont été seulement améliorés; et que les 36 derniers n'ont bénéficié en aucune façon de l'opération.

Dans son étude sur l'ectopie rénale avec phénomènes gastriques survenant chez des névropathes, M. Picqué (1) pense que dans ces statistiques de M. Albarran et de Chevalier le chiffre des résultats favorables peut s'expliquer par ce fait qu'on a

---

1. Picqué. *Ect. rén. chirurg. des aliénés*, IVe volume, CCXXV.

englobé dans la neurasthénie et l'hystérie une foule d'états qui n'y tiennent que de fort loin.

M. Picqué s'est toujours abstenu dans ce cas en s'appuyant sur de nombreux faits, et pense que l'opération ne peut aboutir à la psychose post-opératoire (comme le reconnaît d'ailleurs Chevalier pour quelques malades).

« L'ectopie rénale simple chez l'hystérique et le neurasthénique doit être traitée par les agents ordinaires de la thérapeutique, sans opération » (Picqué).

Chez une malade hystéro-neurasthénique qui réclamait à grands cris une intervention, M. Picqué se contenta de faire de la psychothérapie avec persévérance. Cette femme a conservé son rein mobile, mais est complètement guérie de ses douleurs et de ses troubles. Nous pensons donc qu'il vaut mieux essayer d'agir sur l'élément nerveux par un traitement actif mais non sanglant sur des malades dont l'état névropathique pourrait être souvent très aggravé par l'opération.

Les troubles digestifs peuvent être dus aussi à l'étranglement rénal. En effet le malade dans ce cas est pris de douleurs brusques, il vomit d'une façon continue, l'intolérance gastrique est complète ; il ne mange rien par crainte de ces vomissements, il est couvert de sueurs froides, le pouls est petit. Ces phénomènes s'atténuent dès que la cause de l'étranglement a disparu. La guérison est tantôt brusque avec élimination d'urine abondante, tantôt elle est plus lente et graduelle.

On distingue cette crise d'étranglement rénal de la rétention rénale en ce sens que le rein n'est pas augmenté de volume ; que la polyurie qui suit la crise n'est pas constante et que, si elle existe quelquefois, elle doit être rattachée à un phénomène réflexe. Dans la rétention rénale il y a augmentation de volume du rein et douleurs très marquées ; il y a grande évacuation d'urine si la pression du liquide contenu dans le rein peut vaincre la résistance de la courbure uretérale et la redresser. Immédiatement après l'élimination de l'urine les troubles douloureux disparaissent. Dans les deux cas nous pouvons donc trouver des troubles gastriques, mais les phénomènes concomitants nous les ferons différencier d'avec les troubles digestifs d'ordre mécanique.

Pour le traitement de cette rétention par rein mobile il faudra faire une néphropexie si à l'examen on constate un uretère mobile dont la coudure peut être redressée en soulevant le rein ; dans ce cas, le résultat de l'opération sera certain. Lorsque la coudure persiste malgré le soulèvement du rein, ou lorsque l'uretère ne s'insère pas dans la portion la plus déclive du bassinet, la néphrorraphie ne suffit plus (1).

Les troubles digestifs observés sont dus à un rein mobile venant comprimer le duodénum ou l'angle duodéno-jéjunal. Dans ces cas nous pouvons poser immédiatement l'indication opératoire. D'abord pour

1. Albarran. *Maladies du rein*. Le Dentu et Delbet, p. 804.

parer à l'intensité des phénomènes douloureux, ensuite parce que nous avons quelquefois affaire à un rein irréductible ayant contracté des adhérences aux organes voisins et qui, ne pouvant être replacé dans sa loge, ne tirerait aucun bénéfice d'un traitement par un appareil de contention. L'opération est donc formellement indiquée ; d'ailleurs pratiquée dans les deux cas qui nous occupent, elle a donné, dans le premier, un résultat immédiat très satisfaisant ; dans le second la guérison a été complète et la malade a repris sa vie habituelle.

Dans tous les cas où on diagnostiquera un rein venant comprimer un organe voisin, il faudra le relever et le fixer, et ainsi, en supprimant l'obstacle au cours des matières, on supprimera les phénomènes qui s'y rattachent.

Quels sont donc les modes de traitement qui ont été proposés ?

La néphrectomie a été pratiquée, mais est repoussée maintenant par tous les chirurgiens. Elle n'a comme indication, que l'altération surajoutée au rein mobile (néoplasme, tuberculose, pyélonéphrite). En ce cas, ce n'est plus le rein mobile qu'on traite, mais une affection qui le complique.

Nous avons affaire à un rein mobile sain. Nous passerons vite sur le massage préconisé par Kumpf, qui pense arriver par ce traitement à faire rétracter le péritoine et à fixer l'organe. Cette hypothèse n'est pas vérifiée. Le massage peut tonifier les muscles de la paroi abdominale ; être une addition utile au trai-

tement général de l'entéroptose, mais ne peut rien sur le rein mobile.

Restent donc deux méthodes de traitement :

1° Le port d'un appareil (bandage, ceinture);

2° La néphropexie, fixation du rein à la paroi.

I. *Appareils.* — Les appareils construits pour maintenir le rein dans sa loge sont très variés; mais il est difficile de trouver celui qui convient à chaque malade. Le plus simple appareil consiste en un ressort muni d'une pelote et soutenu par une ceinture élastique ; on peut employer des ceintures munies de pelote à air.

Dans tous les cas, les pelotes doivent être larges ; elles doivent s'appliquer en avant de l'échancrure costo-iliaque. Le ressort doit présenter une élasticité bien adaptée à la résistance à vaincre de la paroi abdominale ; à l'embonpoint du sujet et aux travaux que le malade exécute. C'est là le point délicat ; en effet, trop faible le ressort ne suffirait pas à tenir la pelote fixée sur le rein ; trop fort, il le comprimerait. Il faut veiller de plus à ce que l'organe ne puisse pas redescendre au-dessous de la pelote.

Dans ces conditions les meilleurs appareils sont ceux de Leiter, de Guyon ; la ceinture avec pelote de Glénard.

Les malades arrivent à être soulagées, mais souvent aussi les symptômes persistent et les malades demandent l'opération.

M. Picqué (1) rapporte l'observation d'une femme

1. Picqué. *Ann. mal. org. gén. ur.*, 1893.

de trente-cinq ans, atteinte d'ectopie rénale avec troubles digestifs très marqués, crise d'étranglement rénal qui pendant six mois porta une ceinture à pelote sans aucune amélioration.

Le traitement par le bandage ne sera donc conseillé que lorsque l'on aura affaire à un rein peu mobile présentant peu d'accidents et cela encore à titre d'essai. On l'emploiera encore chez des malades hystéro-neurasthéniques, car l'opération peut amener chez elles des accidents consécutifs.

II. *Néphrorraphie.*— Elle a pour but de remettre le rein dans sa loge et surtout de l'y fixer et de l'immobiliser pour empêcher les accidents consécutifs à une trop grande mobilité.

Après avoir incisé la peau et les plans musculaires on va à la recherche du rein qu'on amène jusqu'aux lèvres de la plaie. Lorsqu'il est découvert, il est nécessaire de le débarrasser de la graisse qui l'entoure et qui pourrait se glisser entre lui et la paroi au moment de la fixation et gêner ainsi la formation d'adhérences.

Une fois la graisse enlevée, il faut fixer le rein, et cela le plus haut possible, car tant que les adhérences ne seront pas formées, il aura tendance à redescendre dans l'hypochondre. Le contact sera assuré à l'aide de trois fils de catgut, entre la partie postérieure du rein et la paroi lombaire et les adhérences qui se formeront rendront ce contact définitif.

Le plan musculaire superficiel sera suturé au catgut et on fera sur la peau une suture au crin de Flo-

rence. A moins d'indications particulières on ne fera pas de drainage et le malade devra être tenu au lit plusieurs semaines pour permettre l'organisation du tissu fibreux qui doit maintenir le rein en place.

Il pourra donc y avoir hésitation dans certains cas de rein mobile entre le traitement par les appareils et l'opération.

Lorsque le rein mobile est accompagné d'entéroptose, de splanchnoptose, d'entérite muco-membraneuse ; que les accidents sont peu marqués : que le malade peut vaquer à ses occupations, la première indication est le port d'une ceinture pouvant soutenir la masse des organes intra-abdominaux. La néphropexie dans ce cas n'est pas indiquée, mais elle le deviendra si la néphroptose joue un rôle essentiel dans la pathogénie des accidents remarqués chez le malade : Symptômes d'étranglement rénal, douleurs à la pression ; douleur si on essaye de mobiliser le rein en tiraillant sur son pédicule vasculaire.

Il faudra alors le fixer ; et le port de la ceinture ne sera plus qu'un adjuvant pour maintenir une paroi abdominale trop flasque.

Peut-on proposer la néphropexie dans tous les reins mobiles sains présentant peu d'accidents ? L'opération offre-t-elle assez de garanties et est-elle assez bénigne pour être faite chez les malades porteurs de cette ectopie rénale ? Est-elle préférable au port d'un appareil pendant de longues années ?

Nous pensons que oui : car l'opération bien faite est d'une innocuité absolue. Dans une statistique éta

blie par M. Albarran, nous voyons qu'en 1893 il a recueilli 318 observations ajoutées aux 56 personnelles, soit un total de 374 ; dans ces observations nous constatons que l'opération a été suivie de mort dans 7 cas ; mort survenue moins de quatre mois après. L'analyse de ces cas a montré que seulement quatre sont imputables à l'opération et que trois sont dus à des complications infectieuses qui auraient pu être évitées par une asepsie rigoureuse.

Nous voyons donc par ces faits que la néphropexie est bénigne ; elle doit être tentée comme la cure radicale de hernie, car le malade porteur d'un rein mobile est exposé au port d'un bandage avec peu de chance de guérison, comme le hernieux ; il est d'autre part susceptible d'être atteint de complications, d'étranglement, de rétention, de troubles digestifs amenant des phénomènes pouvant entraîner la mort.

Il faut donc pouvoir affirmer au malade, porteur de l'ectopie rénale sans accident, la guérison, comme au porteur de la hernie banale, après lui avoir montré que, si le rein mobile peut ne pas apporter de troubles sérieux s'il est convenablement maintenu par un appareil, il peut aussi amener de graves complications.

RÉSUMÉ

On pratiquera :

1° La *néphrectomie.* — Si le rein mobile est atteint d'une affection grave surajoutée (cancer, pyélonéphrite, pyonéphrite) devenant par elle-même l'indication opératoire.

2° On placera un bandage si les phénomènes sont peu accentués, mais seulement à titre d'essai, ou si le malade présente des phénomènes hystéro-neurasthéniques.

3° *Néphropexie.* — Quand les troubles réflexes dus à l'étranglement rénal, à l'hydronéphrose n'auront pas été améliorés par le port du bandage.

4° *Néphropexie immédiate.* — Quand le rein mobile viendra comprimer un organe digestif (estomac, première et deuxième portions du duodénum, canaux biliaires) interrompant ainsi le cours des fonctions digestives et provoquant des accidents consécutifs dus à la stase.

Il nous a semblé intéressant de garder pour résumer : à la fois les symptômes gastriques d'origine mécanique, la difficulté du diagnostic ; l'indication opératoire et les résultats dans l'ectopie rénale,

l'observation de la seconde malade opérée dans le service du Dr Picqué.

OBSERVATION

Mme R..., 54 ans, se présente à l'examen de M. Picqué pour troubles gastriques.

On trouve chez elle des antécédents tuberculeux datant de plus de vingt ans. En 1884, M. Picqué a pratiqué l'ablation de masses ganglionnaires tuberculeuses du cou (qui n'ont jamais reparu depuis). A cette époque, elle était soignée pour tuberculose du poumon.

En 1891 M. Picqué pratique une hystérectomie abdominale pour un volumineux fibrome utérin. La guérison s'est faite rapidement et sans incident.

Vers le mois d'avril 1905, les accidents pulmonaires s'accentuent. M. Barié, médecin des hôpitaux, consulté, constate des lésions manifestes du côté du sommet droit.

Elle va à Arcachon et de là à Evian où elle est soumise à un régime très sévère, à la faveur duquel elle maigrit d'ailleurs très rapidement.

A ce moment elle vomit tout ce qu'elle prend. Les vomissements se produisent après chaque repas ; en même temps cette malade éprouve dans le creux épigastrique des douleurs violentes qui s'irradient dans la région lombaire.

Quand M. Picqué voit la malade pour la première fois il est frappé de son état d'amaigrissement

auquel se joint un état prononcé de neurasthénie et de mélancolie avec de vagues idées de suicide.

La malade avait consulté à l'étranger un professeur de Faculté de médecine qui pratiqua chez elle un examen attentif. Celui-ci déclara qu'elle était atteinte d'un cancer du pylore et qu'une intervention était nécessaire.

C'est dans ces conditions que M. Picqué vit la malade.

L'examen de la région épigastrique démontra l'existence à droite et au niveau de la région pylorique, d'une tumeur mobile, dans tous les sens, du haut en bas et transversalement. Il s'agissait très nettement d'un rein mobile, facile à replacer dans sa situation lombaire.

M. Picqué propose alors une néphropexie qui est acceptée par la malade et pratiquée en septembre avec le concours de ses aides habituels, MM. Grégoire, Liné, de Fourmestreaux. Le rein est exploré avec soin, son volume est normal, son pôle inférieur est en antéversion, dirigé vers la paroi abdominale, le pôle supérieur a basculé en arrière.

L'opération a lieu à l'aide de la technique ordinaire. La guérison se fait rapidement. Les douleurs cessent immédiatement. L'alimentation devient possible, sans vomissements; tous les autres troubles gastriques disparaissent.

Revue en fin décembre 1905 la malade ne souffre plus du tout ; elle a notablement engraissé ; elle a

repris ses occupations et son état mental est complètement modifié.

Nous voyons donc par cette observation typique la difficulté du diagnostic et surtout l'indication opératoire formelle dans ces troubles digestifs d'origine mécanique par compression du duodénum au cours du rein mobile.

Vu : Le Président de la thèse,
BERGER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Albarran. — Etranglement du rein mobile. Ann. des mal. des org. gén.-urin., 1893, p. 695.

— Congrès de chirurgie, 1893.

— Etude sur le rein mobile. Ann. des mal. des org. gén.-urin., 1895.

— Associat. franç. de chirurgie, 1898.

— Rein mobile. Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, 1899, tome VIII, p. 649.

— Tumeurs du rein. Albarran et Imbert, 1903.

Alglave. — Disposition vicieuse du côlon ascendant. Revue chirurgic., 10 décembre 1904.

Apert. — Rein droit en ectopie pelvienne congénitale. Bull. Soc. anat., février 1898, p. 154.

Bartel. — Rein flottant et complications. Thèse Bordeaux, 1893.

Barth. — Rein en ectopie. Bull. Soc. anat., 1840, p. 76.

Bazy. — Sur l'hydronéphrose intermittente. Bull. Soc. chirurg., 1904.

Boisset. — Ectopie d'un rein. Bull. Soc. anat., 1834, p. 187.

Brochin. — Rein mobile. Gaz. hôpitaux, 1854.

Broca. — Déplacement du rein gauche au-devant de l'angle sacro-vertébral. Bull. Soc. anat., 1850, p. 156.

Bruhl. — Rein mobile. Revue générale. Gazette des hôp., 1892, p. 141.

Cadoré. — Anomalies congénitales du rein chez l'homme. Thèse Lille, 1903.

Chapuis. — Rein gauche en ectopie congénitale pelvienne. Lyon méd., 1895, p. 39.

Clado. — Ballottement rénal. Bull. médical, 1887.

Bruce-Clarke. — Luxation aiguë du rein. Roy. med. an. Chir. Soc., 11 avril 1895.

— Remarques sur 30 cas de reins flottants traités par opération. British. med. J., 1895.

Cloquet. — Traité d'anatomie des cr., t. II, Paris, 1882.

Cramer. — Opération sur le rein mobile hydro-néphrotique Centralblatt. f. chir., 1867, p. 585.

Defontaine. — Essai sur la pathologie du rein mobile. Thèse, Paris, 1874.

Delagenière. — Thèse, Paris, 1901.

Delaforge. — Mobilité dans les reins en ectopie congénitale. Th. Paris, 1901.

Depage. — Néphroptose traumatique. Clinique Bruxelles, 1898, p. 425.

Desnos et Barié. — Rein mobile et tumeur faisant corps avec le rein. Ann. gynéc., 1876.

Despiney. — Atrophie et ectopie congénitales du rein gauche, 15 mars 1892.

D eville. —Rein déplacé et à l'envers. Bull. Soc. anat., Paris, 1846, p. 377.

Duchesne (J.-H.). — Contribution à l'étude du rein mobile. Thèse, Paris, 1891.

Duning. — A case of nephrorraphy with remarks. Journ. of Med. Ass., Chicago, 21 février 1885.

Ewald. — Entéroptose et rein mobile. Berlin. Klin. Wochensch., 1890.

Farragi. — Du rein mobile. Thèse, Paris, 1892-1893.

Frédet. — Rein mobile, hydronéphrose intermittente. Bull. Soc. anat., mars 1898, p. 225.

Gervais de Rouville. — Hydronéphrose par rein mobile. Bull. Soc. anat., 1894, p. 622.

Glantenay et Gosset. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du rein mobile. Soc. anat., 5 mars 1897, p. 216.

— Fascia rétro-rénal. Ann. mal. org. gén.-urin., Paris, 1898, t. XVI, p. 113.

Glénard. — Mobilité du rein. Prov. méd., 23 avril 1887.

— Rein mobile et entéroptose. Soc. méd. des Hôp., décembre, 1893.

Godard-Danhieux. — Du rein mobile. Ann. Soc. belge. chir., 15 février 1894.

Grout. — De l'ectopie rénale. Th. Paris, 1874.

Guiard. — Du rein mobile. Ann. mal. org. gén.-urin., 1872, p. 705.

Guibé. — Du rein en ectopie pelvienne. Bull. Soc. anat., 1895, p. 483.

Guyon. — Reins ballottant squoique adhérents. Ann. mal. org. gén.-urin., mai 1888.

— Déplacements rénaux et néphrorraphie. Gaz. hôpit., 1892, p. 969.

— Reins flottants douloureux. Journal des praticiens, 1894.

— Bull. et mém. Acad. de méd., 15 février 1889.

Hamonic. — Rein mobile avec déplacement de l'organe derrière l'estomac. Rev. clin. androl. et de gyn., Paris, 1902, 51-55.

Hohl. — Rein gauche dans l'excavation. Arch. f. ana. und. phys., 1828, n° 2, p. 177.

Israël. — Ueber palpation ges under und kranker nieren. Berlin Klin. Woch., p, 125 et 156.

Kofmann. — Le rein mobile. Wien. med. Woch., 17 avril 1895,

Latruffe. — Un cas d'ectopie rénale congénitale. Bull. Soc. anat., mai 1896, p. 343.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie. Art. Rein. t. VIII, 1899.

— Rein mobile. Ann. mal. des org. gén.-urin. Paris, 1901, p. 1724.

Legueu. — Quelques considérations sur l'anatomie pathologique du rein mobile. Bull. Soc. anat. Paris, 1895, p. 565.

— Cancer du rein mobile. Ann. de Guyon, 1897.

Lœwenhard. — Rein droit en ectopie. Bull. Soc. anat. Paris, 1901. p. 670.

Lucas (Cl.). — Rein mobile calculeux. British und Journ., 25 juin 1845.

Lunder — Rein flottant. Pester medic. chirur. press, n° 13, 1885.

Martineau. — Des reins flottants. Thèse, Paris, 1868.

Michon et Pasteau. — Des petites rétentions rénales dans le rein mobile, XIIIe Congrès intern. Méd. Sect. urin., 1901.

Monod. — Sur les trois vices de situation et de conformation des reins. Bull. Soc. anat., 1852, p. 77-80.

Navarro. — Hydronéphrose expérimentale par ectopie rénale. Bull. Soc. anat. Paris, 24 nov. 1893.

Newman. — Des déplacements du rein. Glascow Medic. Journal, août 1883.

— Hydronéphroses intermittentes. Diseases of the Kidney, 1888.

Noël. — Ectopie congénitale du rein gauche. Bull. Soc. anat., Paris, 1892, p. 640.

Oliver. — Rein mobile. British. med. Journ., 7 mars 1885.

Pasteau. — Ectopie rénale double avec pyélonéphrite droite. Bull. Soc. anat. Paris, 1897, p. 213.

— Anomalies rénales et rein flottant, Bull. Soc. anat., mars, 1897.

— Des petites rétentions rénales dans le rein mobile.

Pasteau et Michon. — XIIIe Congrès intern. méd. Sect. urin., 1901.

Picqué. — Chirurgie des aliénés, t. IV, p. 225.

Poirier. — Traité d'anatomie humaine, 1901.

Polaillon. — Rein flottant. Ac. méd., 3 janvier 1886.

Potain. — Sur un déplacement non décrit du rein. Gaz. hôp., 21 août 1890, p. 978.

Pousson. — Rein droit mobile. Hydronéphrose intermittente. Néphrorraphie. Guérison. Journ. méd. Bordeaux, 1893.

Quénu. — Rein mobile. Bull. et mémoires. Soc. de chir. Paris, 1891, 7 déc.

— Bull. Soc. chir. Paris, 1892, p. 281.

Récamier. — Rapports des reins. Thèse, Paris, 1889.

Renard-Dethy. — Rein mobile douloureux, oligurie. Clinique. Bruxelles, 1901, p. 161.

Sedille. — Thèse, 1905. Anatomie patholog. du rein mobile.

Soroku (Mlle). — Thèse, 1899. Fréquencedu rein mobile chez les femmes atteintes de maladies génitales.

Teissier (J.). — Ictère consécutif à l'oblitération du canal cholédoque comprimé par le rein. France méd., 29 septembre 1875.

Testut. — Traité d'anatomie humaine.

Tuffier. — Rein mobile et néphropexie. Congr. chirurgie, 1899, page 563, 1891, page 377.

— Duplay et Reclus, Traité de chirurgie. Rein.

Volkoff et Delitzine. — Recherches expérimentales sur les causes du rein flottant. Société des médecins russes de Saint-Pétersbourg, 12 déc. 1897.

Walch (G.). — Etude clinique du rein mobile. Thèse, Paris, 1887.

Vaneufville. — Du rein mobile. Thèse, Paris, 1887.

Watson. — Rein mobile. Journ. of. anat. and gen. urin. diseases, 1897, p. 315.

Williot. — Nephrorraphy. Ann. of. Surg., III, 1888.

Walther. — Sur un cas d'antéversion et d'antiflexion du rein Mém. Soc. de chir., 12 juillet 1894, p. 654.

Imp. de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.